

For Department Use Only	
Date Received:	_____
Date Postmarked/Faxed:	_____
Effective Date:	_____

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBERÁN DE SER CONTESTADAS ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| A. ¿Era Ud. miembro de las Fuerzas Armadas en los últimos 18 meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| B. ¿Trabajó Ud. para una agencia del gobierno Federal durante los últimos 18 meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| C. ¿Trabajó Ud. en otro estado que no sea California en los últimos 18 meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| D. ¿Solicitó beneficios del Seguro de Desempleo en otro estado en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| E. ¿Le dió su empleador/patrón o su sindicato un formulario de Solicitud del Seguro de Desempleo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si contestó **NO** a todas las preguntas anteriores, (de A a E) continúe.

Si contestó **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores (de A a E) no complete este formulario, llame al 1 (800) 326-8937.

FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS EN CADA PÁGINA

Si alguna pregunta no ha sido respondida, se podrá demorar la presentación de su Solicitud de Beneficios o causar que se le niegen beneficios.

- Complete este formulario sólo con tinta azul o negra.
- Escriba la información con letra de molde o a máquina.

Las respuestas que usted dé en la solicitud deberán de ser verdaderas y correctas. Usted podrá estar sujeto a sanciones si hace declaraciones falsas o retiene información.

Se toma aproximadamente 30 minutos el completar esta solicitud.

<p>1. ¿Cuál es el Número de su Seguro Social que le dió a Ud. la Administración del Seguro Social?</p> <p>Si el EDD le asignó a Ud. un Número del Cliente (ECN) favor de suministrar el ECN aquí y suministre su Número de Seguro Social en el espacio 2 abajo. (Un ECN es un número de 9 dígitos comenzando con el 999)</p>	<p>1. _____ - _____ - _____</p>
<p>2. Indique otro(s) número(s) de Seguro Social que Ud. haya usado.</p>	<p>2. _____ - _____ - _____</p> <p>_____ - _____ - _____</p>
<p>3. ¿Ha presentado Ud. alguna vez una solicitud del Seguro de Desempleo o del Seguro de Incapacidad de California?</p> <p>a) Si sí, favor de indicar por cada solicitud la(s) fecha(s) más reciente(s) de cuando presentó la(s) solicitud(es).</p>	<p>3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha(s) de la solicitud de Desempleo (mm/dd/aaaa)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ ____/____/____</p> <p>Fecha(s) de la solicitud de Incapacidad (mm/dd/aaaa)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ ____/____/____</p>
<p>4. ¿Cuál es su nombre <u>completo</u>?</p>	<p>4. Apellido _____</p> <p>Primer Nombre _____</p> <p>Inicial del Segundo Nombre _____</p>

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

<p>5. ¿Es este el mismo nombre que aparece en su tarjeta del Seguro Social?</p> <p>a) Si es no, suministre el nombre que aparece en su tarjeta de Seguro Social.</p>	<p>5. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Apellido _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Primer Nombre _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Inicial del Segundo Nombre _____</p>
<p>6. Suministre cualquier otro(s) nombre(s) que haya usado.</p>	<p>6. _____</p> <p>_____</p>
<p>7. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?</p>	<p>7. ___/___/____ (mm/dd/aaaa)</p>
<p>8. ¿Tiene Ud. Licencia de Conducir o Tarjeta de Identidad de California?</p> <p>a) Si contesta que sí, suministre el nombre del estado que emitió la Licencia para Conducir o la Tarjeta de Identidad.</p>	<p>8. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Nombre del Estado emisor: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Número _____</p>
<p>9. ¿Cuál es su genero?</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p>
<p>10. ¿Prefiere sus formularios escritos en español o inglés?</p> <p>a) ¿Qué idioma prefiere Ud. hablar?</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español</p> <p>a) _____</p>
<p>11. ¿Cuál es su número de teléfono?</p>	<p>11. (____) _____ - _____</p>
<p>12. ¿Cuál es su dirección postal? (Incluya su ciudad, Estado y Zona Postal).</p>	<p>12. Calle: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Ciudad: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Estado: ___ ZONA Postal _____</p>
<p>13. ¿Es la dirección de su residencia la misma que su dirección postal?</p> <p>a) Si no, suministre su dirección de su residencia (Incluya su ciudad, Estado y ZONA Postal y número de apartamento). La dirección de su residencia no puede ser un apartado postal. Favor de suministrar nombre(s) de la(s) calle(s).</p>	<p>13. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) Calle: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Ciudad: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Estado: ___ ZONA Postal _____</p>
<p>14. ¿Si Ud. no vive en California, ¿Cuál es el nombre del Condado dónde vive?</p>	<p>14. _____</p>
<p>15. ¿Cuál fue el grado más alto de escuela que completó? Marque solamente una casilla</p> <p><input type="checkbox"/> No completé la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela vocacional</p> <p><input type="checkbox"/> Grado de Asociado <input type="checkbox"/> Grado en humanidades o ciencias <input type="checkbox"/> Maestría o Doctorado</p>	
<p>16. ¿Es Ud. veterano(a) militar?</p>	<p>16. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

17. Suministre lo siguiente:

- a) Nombre de **todos los empleadores/patrones** para quienes trabajó en los últimos 18 meses.
- b) Período de empleo.
- c) Salarios que ganó con **cada empleador/patrón** en los últimos 18 meses.
- d) ¿Cómo le pagaban, (especifique por hora, semanal o mensual, anual, por comisión o por pieza/destajo).

a) Nombre del Empleador/Patrón _____	b) Fechas que trabajó Del: ___/___/___ Al: ___/___/___	c) Salario(s) \$ _____	d) Forma de Pago _____
---	--	---------------------------	---------------------------

a) Nombre del Empleador/Patrón _____	b) Fechas que trabajó Del: ___/___/___ Al: ___/___/___	c) Salario(s) \$ _____	d) Forma de Pago _____
---	--	---------------------------	---------------------------

a) Nombre del Empleador/Patrón _____	b) Fechas que trabajó Del: ___/___/___ Al: ___/___/___	c) Salario(s) \$ _____	d) Forma de Pago _____
---	--	---------------------------	---------------------------

a) Nombre del Empleador/Patrón _____	b) Fechas que trabajó Del: ___/___/___ Al: ___/___/___	c) Salario(s) \$ _____	d) Forma de Pago _____
---	--	---------------------------	---------------------------

a) Nombre del Empleador/Patrón _____	b) Fechas que trabajó Del: ___/___/___ Al: ___/___/___	c) Salario(s) \$ _____	d) Forma de Pago _____
---	--	---------------------------	---------------------------

a) Nombre del Empleador/Patrón _____	b) Fechas que trabajó Del: ___/___/___ Al: ___/___/___	c) Salario(s) \$ _____	d) Forma de Pago _____
---	--	---------------------------	---------------------------

18. De los empleadores/patrones anteriores ¿Con cuál de ellos trabajó Ud. más tiempo?

- a) ¿Qué tipo de actividad comercial desempeñaba el empleador/patrón? (Por favor sea **específico**, por ejemplo, restaurante, tintorería, construcción, tienda de libros.)
- b) ¿Cuánto tiempo trabajó para ese empleador/patrón?
- c) ¿Qué clase de trabajo desempeñaba Ud. con este empleador/patrón?

18. Nombre del Empleador/patrón _____

- a) Tipo de Negocio

- b) Años _____ Meses _____
- c) _____

19. Durante los últimos 18 meses ¿Trabajó Ud. con otro empleador/patrón no indicado en la pregunta #17?

Si contesta sí, suministre el nombre del empleador/patrón, fechas que trabajó, salarios y la forma en que le pagaban indicándola en una hoja por separado. Adjunte la hoja de papel a esta solicitud.

19. Sí No

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Favor de suministrar información acerca de **su último empleador/patrón**. Este es el último empleador/patrón para quien Ud. trabajó sin importar el tiempo que Ud. permaneció en el trabajo, la clase de trabajo que Ud. hacía para el empleador/patrón o aunque le haya pagado o nó.

Recuerde: Para poder presentar una solicitud, usted debe de estar sin trabajo (por cualquier motivo) o, trabajando menos de tiempo completo. Usted debe de suministrar información de su último empleador/patrón para quien Ud. trabajó como empleado(a). Esto no incluye trabajando por cuenta propia a menos de que Ud. haya escogido ser protegido(a) por el programa de protección electiva del Seguro de Desempleo.

20. ¿Cuál es la ultima fecha en la que trabajó para **su último empleador/patrón**?

a) ¿Cuál fue su salario/jornal bruto por la última semana que Ud. trabajó? Para propósitos del Seguro de Desempleo la semana comienza el domingo y termina el sábado siguiente.

b) ¿Cuál es el nombre completo de su **último empleador/patrón**?

c) ¿Cuál es la dirección postal de este empleador/patrón?

d) ¿Es la dirección física de su último empleador/patrón la misma que la dirección postal? (La dirección física no puede ser un apartado postal. Suministre la dirección de la(s) calle(s).

Si no, ¿cuál es la dirección física de su último empleador/patrón?

e) ¿Cuál es el número de teléfono de su último empleador/patrón en la dirección física del empleador/patrón?

f) ¿Cuál es el nombre de su supervisor(a) inmediato?

g) ¿Por qué ya no está trabando para su **último empleador/patrón**? (Falta de trabajo incluye cesantía temporal o cuando le llaman para trabajar cuando lo necesitan)

20. ____/____/____ (mm/dd/aaaa)

a) \$ _____ . ____

b) Nombre: _____

c) Dirección Postal:

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: ____ ZONA Postal: _____

d) Sí No

Dirección física:

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: ____ ZONA Postal: _____

e) (____) _____ - _____

f) _____

g) Por falta de trabajo Despedido (Terminado)
 Renuncia Huelga o cierre patronal
 Aún trabajando media jornada

Explique brevemente en sus propias palabras el motivo por el que ya no está trabajando para su **último empleador/patrón** utilizando este espacio. Favor de no incluir ningún documento.

Razón: _____

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

<p>21. ¿Está Ud. desempleado(a) como resultado directo de un desastre reciente en California, tal como terremoto, inundación, deslizamiento de lodo, incendios forestales, etc.?</p> <p>Si contestó sí:</p> <p>a) Identifique el tipo de desastre.</p> <p>b) En el tiempo del desastre ¿En qué condado residía usted?</p> <p>c) En el tiempo del desastre ¿En qué condado trabajaba usted?</p> <p>d) En el tiempo del desastre ¿Era su desempleo a causa de su necesidad de viajar en el área del condado del desastre?</p> <p>Si contestó sí:</p> <p>Identifique el (los) condado(s) de desastre que le prevenieron viajar a su trabajo.</p> <p>e) Haga un círculo en lo que sea más pertinente a usted:</p> <p>f) Si Ud. seleccionó el #1 ó #3 de arriba, ¿Cuántas horas trabajaba usted por semana antes del desastre?</p> <p>g) Si Ud. seleccionó el #3 ó #4 de arriba, describa brevemente cómo el desastre afectó su habilidad para continuar o comenzar su trabajo por cuenta propia.</p> <p>¿Cuál es la dirección física de su negocio?</p>	<p>21. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó sí, conteste las preguntas a-d.</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>e) 1) Un(a) empleado (a que no puede trabajar como resultado directo del desastre.</p> <p>2) Un(a) individuo(a) que estaba programado(a) para comenzar a trabajar pero no pudo debido al desastre.</p> <p>3) Un(a) individuo(a) que trabaja por cuenta propia que no puede trabajar como resultado directo del desastre.</p> <p>4) Un(a) individuo(a) que intentaba comenzar a trabajar por cuenta propia pero no pudo debido al desastre.</p> <p>5) Un(a) individuo(a) que es ahora la cabeza de la familia como resultado del desastre.</p> <p>f) _____</p> <p>g) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>h) Calle: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Estado: ____ ZONA Postal: _____</p>
---	--

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

22. ¿Espera que cualquier empleador/patrón anterior lo vuelva a llamar para trabajar?	22. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Trabaja actualmente por su cuenta o espera empezar a trabajar por su cuenta? (Trabajo por su cuenta significa que Ud. tiene su propio negocio o trabaja como contratista independiente.)	23. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contestó sí, explique: abajo): _____ _____
24. ¿Es Ud. ahora, o ha sido en los últimos 18 meses, un funcionario de una corporación o sindicato o es el único o el principal accionista de una corporación? a) Incluya nombre de la organización y su título o posición.	24. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a) _____ _____
25. ¿Está Ud. asistiendo actualmente, o planea comenzar a asistir, a una escuela o entrenamiento? Si sí:	25. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, conteste las preguntas del a-e:
a) ¿Cuál es la fecha en que comenzará la escuela o entrenamiento? b) ¿Cuál es la fecha en que termina el curso actual? c) ¿Cuál es el nombre de la escuela? d) ¿Cuál es el número de teléfono de la escuela? e) ¿Cuáles son los días y horas que está asistiendo o que planea asistir a la escuela?	a) ___/___/_____ (mm/dd/aaaa) b) ___/___/_____ (mm/dd/aaaa) c) _____ d) (_____) _____ - _____ e) Días y horas: _____ _____
26. ¿Cuál es su ocupación habitual?	26. _____
27. ¿Está Ud. dispuesto(a) a trabajar inmediatamente tiempo completo en su ocupación habitual? a) Si no, favor de explicar el porqué no está dispuesto(a) a trabajar tiempo completo.	27. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a) Explicación: _____ _____
28. ¿Está Ud. dispuesto(a) a trabajar inmediatamente media jornada en su ocupación habitual? a) Si no, favor de explicar el porqué no está dispuesto a trabajar media jornada.	28. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a) Explicación: _____ _____
29. ¿Está Ud. recibiendo o recibirá usted dentro de las próximas 52 semanas una pensión aparte del Seguro Social o Jubilación para Empleados Ferroviarios que se basa en su propio trabajo o sueldo? Si sí:	29. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, conteste las preguntas del a-e:
a) ¿Cómo está recibiendo sus pagos de pensión? b) ¿Efectuó Ud. pagos al fondo de pensión o jubilación? c) ¿Alguno de los empleadores/patronos para quien Ud. trabajó en los últimos 18 meses efectuó pagos al fondo de pensión? d) ¿Cuál es el nombre de la compañía que paga al fondo de la pensión? e) ¿Quién le paga a Ud. el cheque de la pensión?	a) <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> En un solo pago b) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) d) _____ e) _____

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

<p>30. ¿Está Ud. recibiendo o espera recibir Compensación para Trabajadores (WC)?</p> <p>Si sí:</p> <p>a) ¿Cuál es la compañía de Seguros?</p> <p>b) ¿Cuál es el número de teléfono de la compañía de Seguros?</p> <p>c) ¿Cuál es el número del caso? Si lo sabe.</p> <p>d) ¿Cuál(es) es (son) la(s) fecha(s) de su Solicitud? Si la sabe.</p>	<p>30. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó sí, conteste las preguntas del a-d:</p> <p>a) _____</p> <p>b) (_____) _____ - _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) de: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) a: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)</p>
--	--

31. ¿Está Ud. recibiendo o espera recibir algún pagos de su último empleador/patrón que no sea su sueldo o jornal normal (por ejemplo, pago de días festivos, pago de vacaciones, bonificaciones, pago de continuación de salario, pago en lugar de notificación, etc.)

Sí No **Si contestó sí, favor de suministrar la información que se pide en las secciones A-D.**

A. CLASE DE PAGO (Ejemplo, pago por vacación)	B. CANTIDAD DE PAGO (Ejemplo: \$600)	C. POR PAGO DEL (Fecha MM/DD/AAAA)	D. HASTA EL (Fecha MM/DD/AAAA)

<p>32. ¿Es Ud. miembro de un sindicato?</p> <p>Si contestó sí, conteste las preguntas del a-f:</p> <p>a) ¿Cuál es el Nombre y número local del Sindicato?</p> <p>b) ¿Está Ud. al corriente en su cuota del sindicato?</p> <p>c) ¿Le busca trabajo su sindicato?</p> <p>d) ¿Controla su sindicato todos los empleos?</p> <p>e) ¿Está inscrito(a) en su sindicato como sin trabajo?</p> <p>f) ¿Recibirá Ud. beneficios de huelga?</p>	<p>32. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó sí, conteste las preguntas del a-f</p> <p>a) _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

<p>33. ¿Tiene Ud. fecha definitiva para comenzar a trabajar?</p> <p>Si sí:</p> <p>a) ¿En qué fecha comenzará a trabajar?</p>	<p>33. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó sí, conteste pregunta a:</p> <p>a) ____/____/____ (mm/dd/aaaa)</p>
--	--

<p>34. ¿Está Ud. empleado(a) por una escuela, institución educativa o lugar de entrenamiento?</p> <p>Si sí:</p> <p>a) ¿Regresará Ud. a trabajar al comienzo de la próxima sesión escolar?</p> <p>b) ¿Le ha dado el empleador/patrón certeza razonable ya sea por escrito, oralmente o indirectamente de que Ud. regresará a trabajar en la próxima sesión escolar?</p>	<p>34. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó sí, conteste a-b:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

<p>35. ¿Es su trabajo habitual, trabajo de temporada? Si contestó sí, conteste a-c:</p> <p>a) Normalmente, ¿Cuándo comienza la temporada?</p> <p>b) Normalmente, ¿Cuándo finaliza la temporada?</p> <p>c) ¿Qué otros conocimientos o experiencia relacionada con trabajo(s) tiene usted?</p>	<p>35. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó sí, conteste a-c:</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>
<p>36. ¿Es Ud. ciudadano(a) o nacional de los Estados Unidos? Si no:</p> <p>a) ¿Está Ud. registrado(a) con la Oficina de Ciudadanía y Servicio de Inmigración (USCIS, conocida en el pasado como el INS) y autorizado(a) para trabajar en los Estados Unidos?</p> <p>¿Si Ud. está registrado(a) con la USCIS conteste las preguntas b-e:</p> <p>b) ¿Cuál es su número de Registración como extranjero(a)?</p> <p>c) ¿Cuál es la fecha de expiración de su permiso para trabajar?</p> <p>d) ¿Estaba Ud. legalmente autorizado(a) para trabajar en los Estados Unidos durante todos los últimos 19 meses?</p> <p>e) ¿Cuál es el número y nombre (en inglés) del documento del USCIS que Ud. tiene?</p>	<p>36. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó sí, conteste b-e:</p> <p>b) _____</p> <p>c) ___/___/_____(mm/dd/aaaa)</p> <p>d) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) Marque una de las casillas:</p> <p><input type="checkbox"/> Green Card (I-151)</p> <p><input type="checkbox"/> Resident Alien Card (I-551)</p> <p><input type="checkbox"/> Permanent Resident Card (I-551)</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Authorization Card (I-766)</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Authorization Card (I-688A)</p> <p><input type="checkbox"/> Temporary Resident Card (I-688)</p> <p><input type="checkbox"/> Employment Authorized (I-688B)</p> <p><input type="checkbox"/> Arrival/Departure Record (I-94)</p> <p><input type="checkbox"/> Stamp on Visa</p> <p>Stamp on Visa (Que dice en inglés: "Processed for I-551 Temporary Evidence of Lawful Admission to Permanent Residence valid until MMDDYYYY, Employment Authorized.")</p>

LAS SIGUIENTES DOS PREGUNTAS SON OPTATIVAS:

<p>37. ¿Con qué raza o grupo étnico se identifica?</p>	<p>37. Marque una de las casillas siguientes:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanco</td> <td><input type="checkbox"/> Negro no Hispano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hispano</td> <td><input type="checkbox"/> Asiático</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Chino</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Camboyano</td> <td><input type="checkbox"/> Filipino</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico</td> <td><input type="checkbox"/> Guamaniano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indio Asiático</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> Laosiano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Samoano</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hawaiano</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Opto por no responder</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro no Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Guamaniano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hawaiano		<input type="checkbox"/> Opto por no responder	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro no Hispano																				
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático																				
<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino																				
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Filipino																				
<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Guamaniano																				
<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés																				
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Laosiano																				
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita																				
<input type="checkbox"/> Hawaiano																					
<input type="checkbox"/> Opto por no responder																					

SOLICITUD DEL SEGURO DE DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

38. ¿Tiene Ud. una incapacidad? (Una incapacidad es un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades de la vida, tales como cuidarse a sí mismo(a), realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar.)

38. Sí No Opto por no responder

USTED PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD YA COMPLETADA:

- Por correo a la siguiente dirección:

EDD
P.O. Box 5007
Buena Park, CA 90622-5007

Nota: Se requiere franqueo adicional

- Por FAX al siguiente número de teléfono:

1-866-215-9159

Si el Departamento necesita verificar cualquier parte de la información que Ud. suministre cuando presenta su Solicitud del Seguro de Desempleo, usted recibirá por correo formulario(s) adicional(es) pidiéndole que suministre información adicional y/o documentación.